par le
Dr E. Rousselot-Marche

CCAM mode d'emploi

>> L'objectif de la Nomenclature est de servir d'instrument de hiérarchisation et par là même de définition d'un niveau de tarification des actes au service du médecin ; c'est-à-dire une nomenclature claire ne donnant pas lieu à des interprétations restrictives des caisses ou expansives des médecins. Bref retour sur le rôle et le fonctionnement de l'instrument Nomenclature et les raisons pressantes de soutenir la nouvelle classification

La Nomenclature est à l'origine de nombreux conflits entre les médecins et les caisses d'Assurance maladie. Son histoire remonte à l'après-guerre avec une mise à jour en 1972, ce qui explique l'obsolescence de nombreux articles. La Nomenclature est d'ordre réglementaire. C'est le ministre qui prend des décisions sur les conseils d'une Commission de la Nomenclature. La composition de cette Commission comprend des partenaires multiples : syndicats, caisses, ministères (Solidarité, Santé, Budget).

Notre système est actuellement géré par une Convention entre les caisses et les syndicats médicaux dans le cadre imposé par les Ordonnances de 1996. C'est ce système, par le moyen du tarif des lettres-clés, qui conditionne le montant des honoraires médicaux et leur évolution. Il faut différencier les rôles : la Nomenclature hiérarchise les actes ; la convention ou le RCM établit la valeur de la lettre clé.

Elle n'est pas un instrument de régulation des dépenses de Santé. La Nomenclature revêt deux aspects : celui de la remise à jour des libellés et des coefficients d'actes anciens ; et celui d'une nomenclature d'actes nouveaux. L'ensemble de ce dispositif nécessite une volonté consensuelle de l'État et des caisses, et une transparence pour être efficace.

L'objectif de la Nomenclature est de servir d'instrument de hiérarchisation et par là même de définition d'un niveau de tarification des actes au service du médecin ; c'est-à-dire une nomenclature claire ne donnant pas lieu à des interprétations restrictives des caisses ou expansives des médecins.

Le chantier en cours présente plusieurs facettes :

- la hiérarchisation du travail médical : plusieurs éléments sont à prendre en compte pour établir cette hiérarchie des actes :
  - la durée de l'acte ;
  - la compétence technique ;
  - l'effort intellectuel pour établir le diagnostic ou le choix de l'intervention ;
  - le stress.

LES MÉDECINS DE FAMILLE DOIVENT RELEVER LE DÉFI DE LA CLASSIFICATION QUI S'ANNONCE !

A partir de la définition d'un acte de référence, plusieurs échelles ont été élaborées. Cette phase est réalisée avec des experts médicaux issus de sociétés savantes. Cette hiérarchisation ne concerne pas actuellement les actes de consultation, pour lesquels certains axes sont explorés, mais non formalisés.

- L'évaluation du coût technique ne se réduit pas à une simple appréciation fiscale mais à la prise en compte de l'ensemble des charges liées à un acte, charges qui s'accroissent d'année en année notamment avec les contraintes réglementaires. Le coût évolue en fonction de la diffusion du matériel, des charges imposées. Cette étape doit être effectuée avec des experts professionnels désignés par les syndicats.
- Un autre objectif demeure : celui de simplifier la Nomenclature actuelle. Il faut qu'elle devienne commune à l'hospitalier et au libéral avec mise en place du codage permettant de rémunérer réellement la pratique médicale. Il faudra être prudents et progressifs avec une phase d'adaptation entre l'ancienne et la nouvelle Nomenclature. L'étape de tarification devra être négociée avec les syndicats. La négociation sera d'autant plus aisée que l'ensemble des étapes précédentes auront été consensuelles et que la valeur de la lettre-clé sera fixée à une juste valeur.
- La refonte des actes de consultation se propose de substituer à la logique d'une valeur monétaire moyenne d'un acte en fonction de la « qualité » du médecin, le principe suivant : le contenu de l'acte et la nature du recours déterminent la valeur réelle de l'acte ; l'acte de consultation, acte principal du médecin de famille, se caractérise par son contenu décisionnel. Il peut comprendre un ou plusieurs autres actes associés, peut s'accompagner d'un acte technique, d'un acte d'éducation pour la santé, augmentant d'autant la valeur de la consultation et permettant au médecin généraliste de retrouver la pratique de certains actes techniques dont il a été dessaisi et permettant d'apprécier le service médical rendu ou SMR.

Le service rendu (valeur ajoutée ou bénéfice clinique) est lié :

- à la mission d'expertise de la médecine (pertinence et efficience des décisions). Cette dimension d'expertise de la discipline médicale permet d'optimiser les stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans la totalité du champ de compétence de la discipline ;
- à la complexité des situations cliniques concernant un ou plusieurs appareils et /ou fonction liée à la compétence des intervenants et à leur capacité de se coordonner (évaluation des pratiques et des compétences).

La durée de la consultation doit être également prise en compte avec les trois niveaux de consultation explicités dans l'article du Dr Rouzier.

Les médecins de famille doivent relever le défi de la classification qui s'annonce !

Dr Elisabeth Rousselot-Marche